

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° **221**

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Raymond-Marcel LEROY

Né le 11 Mars 1909 à Paris

Manifestations Menstruelles Extra-Génitales

Président : M. PROUST, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Raymond-Marcel LEROY

Né le 11 Mars 1909 à Paris

Manifestations Menstruelles Extra-Génitales

Président : M. PROUST, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	BEZANCON.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI..... Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT..... Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER..... Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Clinique médicale.
 SEZARY..... Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCC Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Faible témoignage de ma
reconnaissance et de ma pro-
fonde affection.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

À MONSIEUR LE PROFESSEUR R. PROUST
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

*Hommage de profonde grati-
tude.*

À MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. le Professeur ACHARD,
M. le Professeur LEJARS (*in memoriam*),
M. le Docteur BENSAUDE,
M. le Docteur LESNÉ,
M. le Docteur HALBRON,
M. le Professeur GUILLAIN,
M. le Professeur GOUGEROT
M. le Professeur LEMIERRE,
M. le Docteur LEVY-SOLAL,
M. le Professeur CLAUDE,
M. le Professeur MARION,
M. le Professeur TERRIEN,
M. le Professeur LEMAITRE.

AVANT-PROPOS

L'état menstruel de la femme a toujours été entouré d'une sorte de crainte superstitieuse. La femme ayant ses règles a été considérée tantôt comme impure, tantôt comme sacrée. L'existence du bouleversement périodique dont il est le siège, caractérise en effet hautement l'organisme féminin et en domine aussi bien la physiologie que la pathologie. Il y a longtemps, on s'est aperçu que l'état menstruel ne se localise pas étroitement à l'appareil génital et qu'il s'accompagne d'une foule de phénomènes tantôt physiologiques, tantôt à la limite de la morbidité, présentant des variations individuelles innombrables.

A notre connaissance, il n'existe pas de travail d'ensemble sur les diverses manifestations extra-génitales de l'état menstruel. Il nous a donc semblé intéressant de réunir ces cas et d'essayer de les expliquer à l'aide des données actuelles sur le mécanisme de la menstruation et sur les processus humoraux qui sont à la base du cycle génital de la femme.

Nous commencerons donc tout d'abord par exposer succinctement les conceptions actuelles du mécanisme

de la menstruation (chap. I). Nous étudierons ensuite les diverses modifications générales qui accompagnent la survenue des règles (chap. II). Ces données préalables nous permettront d'envisager ensuite les différents accidents physio-pathologiques menstruels qui ont pu être observés dans les divers appareils : manifestations digestives (chap. III), manifestations respiratoires (chap. IV), accidents circulatoires (chap. V), phénomènes glandulaires (chap. VI), manifestations cutanées (chap. VII) et enfin modifications nerveuses et mentales (chap. VIII).

Après l'étude analytique des diverses manifestations, nous en tenterons une explication par la théorie des toxémies menstruelles (chap. IX) et enfin nous résumerons la signification pratique des faits étudiés, leur valeur sémiologique et la conduite à tenir qu'ils dictent (chap. X).

Un certain nombre de problèmes assez délicats se posent en effet à propos de ces cas. On ne sait pas jusqu'à quel point les manifestations extra-génitales des règles peuvent être considérées comme physiologiques et quels sont les cas où elles possèdent la valeur d'une révélation. C'est à dessein que nous n'avons pas divisé notre travail en deux parties : manifestations non génitales chez la femme normale et effets de la menstruation sur les états pathologiques préexistants. Il est difficile à dire en effet si, une femme qui

présente à chaque période menstruelle un accident viscéral quelconque, si minime soit-il, est normale ou si elle présente une lésion jouant le rôle d'épine irritative ou de point d'appel.

On ne peut déclarer catégoriquement que toute femme qui fait des accidents extra-génitaux menstruels est malade car ces accidents sont d'une fréquence extrême, à des intensités variables. Quoi qu'il en soit, le médecin doit les bien connaître pour pouvoir apprécier leur valeur et pour pouvoir, au besoin, leur opposer une thérapeutique efficace.

MECANISME DE LA MENSTRUATION

Nous ne pouvons reprendre ici toutes les théories concernant le mécanisme de la menstruation. Un très grand nombre d'entre elles ont été émises, en effet, à une époque où l'on ignorait tout de la sécrétion interne des glandes génitales et même de la possibilité d'une régulation humorale des fonctions de l'organisme. On ne peut retenir actuellement qu'une seule théorie de la menstruation, celle qui est basée sur les sécrétions internes ovariennes. Nous exposerons cette théorie sommairement, en faisant des réserves sur l'intervention d'autres facteurs peu connus ou même complètement ignorés.

On sait que l'ovaire sécrète deux hormones : la folliculine et l'hormone du corps jaune. Les fonctions de ces deux substances nous sont actuellement assez bien connues et nous les exposerons, d'après les travaux de Courrier et le rapport de Max Aron.

Chez tous les mammifères, les fonctions génitales évoluent suivant un cycle régulier dont la durée varie

avec les espèces animales. Ce cycle débute par la maturation des follicules de Graaf qui sécrètent l'hormone folliculaire : c'est la période folliculinique ou pré-oestrus. Lorsque les follicules sont mûrs, ils se rompent et mettent en liberté l'œuf : c'est l'ovulation correspondant à l'oestrus. A la place du follicule se forme une cicatrice pigmentée, le corps jaune dont la sécrétion domine la troisième phase du cycle : la phase lutéinique ou post-oestrus.

Chez aucun autre mammifère femelle que la femme, on n'a pu constater de phénomènes correspondants à la menstruation. Ils s'agissait donc de savoir à quoi ce processus correspondait dans le cycle génital. On a pensé tout d'abord que la menstruation constituait l'oestrus de la femme. Cette idée dut cependant être abandonnée et il semble actuellement bien établi que les règles correspondent à la fin de la phase lutéinique ou plus exactement au début de la période folliculinique.

Voilà comment on peut reconstituer le cycle génital de la femme, d'après ces données. On sait que ce cycle dure 28 jours, avec des variations individuelles assez importantes. Pendant la première partie, c'est-à-dire une douzaine de jours environ, le follicule mûrit et sécrète l'hormone folliculinique. La maturation du follicule, sa rupture et l'ovulation mettent fin à cette phase. L'ovulation se produit en moyenne entre le douzième et le seizième jour du

cycle et se trouve suivie par la phase lutéinique. On sait que l'hormone du corps jaune a comme rôle essentiel d'assurer la nidation de l'œuf, en vue de la gestation. Or, les phénomènes nidatoires se produisent aussi bien même en l'absence de la fécondation. Pendant chaque phase lutéinique, la muqueuse utérine subit des transformations profondes. Cependant, lorsque la fécondation n'a pas eu lieu, un nouveau follicule arrive à maturation et l'hormone folliculinique se trouve lancée dans la circulation au 28^e jour du cycle. Cette décharge de folliculine détermine une sorte d'avortement des phénomènes nidatoires dont la muqueuse utérine est le siège. La muqueuse épaissie, transformée pour recevoir l'œuf fécondé, desquame et saigne. C'est cet avortement sans fécondation qui constitue la menstruation. On comprend qu'elle n'ait lieu qu'en l'absence de la fécondation puisque dans le cas où celle-ci a eu lieu, la maturation des follicules se trouve inhibée. La folliculine ne peut plus être sécrétée, par contre le corps jaune subit un accroissement singulier et de corps jaune de menstruation devient corps jaune de gestation.

Ce que l'on doit retenir surtout de ce mécanisme, à propos de la question qui nous occupe, c'est l'existence de bouleversements humoraux périodiques, comme base même du cycle menstruel. Il est donc tout à fait naturel, étant donnée la diffusion circulatoire

des substances déterminant la menstruation, qu'il y ait des phénomènes généraux accompagnant les règles. Nous verrons d'ailleurs plus loin s'il y a lieu de supposer que ce sont les hormones génitales qui sont directement responsables des accidents généraux.

Parmi les autres facteurs intervenant dans la genèse de l'état menstruel, il faut mentionner la sécrétion gonodotrope du lobe antérieur de l'hypophyse. Il est possible que cette hormone joue également un rôle dans la pathogénie de certaines manifestations extra-génitales. Quant aux autres modifications endocriniennes, on doit les considérer comme nettement secondaires et on y reviendra dans un des chapitres ultérieurs.

II

MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DES TISSUS ET DES HUMEURS

Les divers auteurs ont décrit un grand nombre de modifications sanguines et tissulaires pendant la menstruation. Nous allons les étudier successivement, en ne retenant que les résultats globaux et en n'entrant pas dans le détail des discussions.

Formule sanguine.

La composition cytologique du sang a été étudiée la première fois par Hayem et Reinl, pendant la période menstruelle. Ces auteurs ont constaté une diminution du nombre des globules rouges pendant les règles avec augmentation pendant le post-menstruum. Blumenthal a montré que cette diminution peut aller jusqu'à un million par cc. Carnot et Deflandre ont confirmé ces faits, mais d'après eux, la formule sanguine ne redevient normale que dix à douze jours après les règles. Les variations de la valeur globulaire sont parallèles.

Les variations de la formule leucocytaire sont plus difficiles à interpréter. D'après Hayem, il y aurait

une légère augmentation du nombre des globules blancs, alors que Blumenthal a observé dans plusieurs cas la diminution de ceux-ci. Quant à la variation des proportions des diverses formes leucocytaires, il semble bien qu'il y a une assez grande lymphocytose (Dirk, Herman, etc.). Il y aurait en même temps un certain degré d'éosinophilie. Tout récemment, Masakatsu Kato a étudié les variations des plaquettes et il a constaté l'augmentation de leur nombre avant les règles, mais leur rapide diminution dans les heures qui précèdent immédiatement l'écoulement sanguin.

La coagulabilité du sang semble diminuer avant et pendant les règles (Cristea et Denck).

Composition chimique et propriétés physico-chimiques du sang

L'élimination d'eau subit une diminution notable, d'après Heilig, en rapport avec une rétention chlorurée. Les modifications de la teneur du sang en calcium et en potassium sont impossibles à interpréter (Schröder).

Il y aurait immédiatement avant et pendant les règles une hyperglycémie assez considérable (Kahler, Novak, etc.).

Le métabolisme des substances lipoidiques subit également des modifications : hypercholestérinémie,

(Hermstein), hypocholestérimie (Schlippert), apparition dans le sang d'un corps se rapprochant de la cholestérine mais en étant distinct (Vignes). La valeur lipasique du sérum serait fortement augmentée pendant les règles (E. Hermann et Kornfeld).

On n'a pas noté de modification du métabolisme azoté. Parmi les modifications physico-chimiques on a étudié la vitesse de sédimentation, la résistance globulaire et la viscosité, mais sans résultats nets.

La régulation thermique et le métabolisme de base

On a noté depuis longtemps une légère élévation de la température avant et pendant les règles, mais la signification de cette fièvre menstruelle était très discutée. Trousseau pensait que le syndrome caractérisé par lui sous le nom de « fièvre ménorragique » était absolument normal, tandis que d'autres auteurs prétendaient qu'il s'agissait d'un signe de tuberculose latente. Il semble d'après les travaux de Viville qu'il existe chez la femme normale une très légère hausse thermique avant les règles, suivie d'une baisse au moment de l'écoulement.

D'ailleurs, le métabolisme de base atteint son maximum pendant la période prémenstruelle et un minimum après les règles (Conklin et Clendon).

Appareil circulatoire.

D'après Th. de Bordeu, le pouls est « tendu, irrégulier et dicrote » pendant les règles. Soixante ans plus tard, en 1842, Brierre de Boismont a constaté simplement une légère accélération du pouls au moment des règles. Viville a montré finalement que les modifications du pouls n'avaient rien de caractéristique.

On ne peut rien dire de net non plus des variations de la pression artérielle. L. Moore et C. Cooper ont trouvé une baisse régulière de la tension pendant les règles, alors que Viville n'a observé le plus souvent aucune modification et parfois même une hausse.

Modifications des viscères.

Dans l'ensemble, la plupart des auteurs ont noté la congestion des divers organes pendant les règles. Les faits les plus importants sont ceux qu'a constaté Chvostek au niveau du foie qui augmenterait régulièrement de volume (1 à 2 travers de doigt), pendant les règles. Nous reviendrons dans chacun des chapitres qui suivent sur les modifications constatées dans les divers organes. Nous y décrirons aussi les modifications neuro-musculaires, glandulaires, etc.

III

MANIFESTATIONS DIGESTIVES

Les travaux de Wolfe ont montré que la fonction gastrique subit certaines modifications pendant les règles. Il y aurait une augmentation de l'acidité totale et de l'acidité libre dans le suc gastrique et la motricité serait notablement diminuée. Ces résultats ont été contestés par Kehrer.

Plönies a trouvé que les symptômes des diverses affections gastriques subissent régulièrement une exacerbation pendant les règles.

L'estomac et l'intestin semblent souvent être le siège de petites hémorragies menstruelles dites vicariantes ou supplémentaires. D'après Novak, la muqueuse gastrique est, après la muqueuse nasale, le lieu de production le plus fréquent de ces hémorragies.

Trousseau avait déjà noté la fréquence de la diarrhée et des vomissements pendant les règles, ces deux symptômes faisant partie de la « fièvre ménorragique ». Grattery, dans sa thèse de 1888, en cite de nombreuses observations.

*
* *

Les glandes annexes du tube digestif présentent également des modifications importantes. Il convient d'insister surtout sur le foie. Il y a longtemps, Rendu a montré que le molimen congestif accompagnant l'état menstruel se localisait avec prédilection sur le foie. Nous avons vu que Chvostek a fait plus tard une étude systématique de ces modifications et en a confirmé la fréquence.

Plus nettement caractérisés sont les cas d'ictère menstruel décrits pour la première fois par Senator, en 1872. Ces ictères, légers, bénins, apparaissent immédiatement avant la menstruation et s'atténuent dès que l'écoulement devient abondant. Il s'agit d'ictères par rétention, avec décoloration des matières. La jaunisse recommence à chaque période menstruelle. Elle s'accompagne d'augmentation de volume du foie, de douleurs dans l'hypocondre droit et de quelques troubles digestifs. Cet ictère a toujours été interprété par les différents auteurs comme dû à la congestion hépatique.

Les perturbations de la fonction biliaire entraînent aussi un retentissement des règles sur la lithiase. Metzger attribue même, comme Binet du reste, les ictères menstruels à des lithiases latentes. On connaît

par ailleurs, les relations de la fonction ovarienne avec la formation des calculs biliaires.

Les autres glandes annexes du tube digestif : glandes salivaires, pancréas, etc, ne montrent pas de modifications appréciables.

IV

MANIFESTATIONS RESPIRATOIRES

Les voies respiratoires supérieures, de même que les poumons, sont le siège fréquent d'accidents menstruels. La muqueuse nasale elle-même est le lieu de prédilection des hémorragies vicariantes et l'épistaxis est fréquent d'ailleurs chez des femmes ayant des règles normales.

Les congestions du larynx ont été signalées par plusieurs auteurs (Barth, Bottermund, Grattery, etc.), elles déterminent des modifications de la voix, pouvant empêcher des cantatrices de chanter pendant les règles.

L'influence de l'état menstruel sur les accès d'asthme a été étudiée par Hofbauer. Cet auteur pense que les accès surviennent avec une grande fréquence pendant les règles. Il y a même des cas où ils se répètent régulièrement à ces périodes là.

*
* * *

Le problème le plus important en rapport avec les accidents respiratoires est celui des hémoptysies

menstruelles. Les auteurs anciens admettaient que l'hémoptyisie pouvait constituer un phénomène vicariant ou supplémentaire. Il semble y avoir des cas de cette sorte où l'on n'a jamais pu constater la moindre trace de tuberculose (Ford, Novak). On comprend cependant que ces hémoptyisies menstruelles aient toujours été tenues comme très suspectes. En effet, Guéneau de Mussy, Daremberg, Sabouraud, etc, ont insisté sur le coup de fouet que subit l'évolution des tuberculoses les plus torpides pendant les règles. Sabouraud a pu dire « que certaines femmes tuberculeuses qui se présentent dans des conditions probables de curabilité sont tuées par leurs règles ».

De très nombreux auteurs, dont Bezançon, Caussimon, etc, se sont occupés du problème de la menstruation chez les tuberculeuses. Il semble bien que chaque période menstruelle apporte une poussée évolutive caractérisée par :

- a) une fièvre prémenstruelle,
- b) une hyperthermie avec souvent hémoptyisie pendant l'écoulement menstruel et,
- c) une nouvelle poussée thermique post-menstruelle.

Il semble donc que l'aménorrhée que l'on constate dans 27,3% des cas de tuberculose pulmonaire (Macht), soit un facteur de pronostic favorable.

Il est certain que toute hémoptyisie, qu'elle survienne au moment des règles ou à un moment quel-

conque, doit être tenue pour suspecte et que l'on ne doit pas accepter le diagnostic d'hémoptysie menstruelle sans avoir fait de multiples vérifications. L'existence de tels cas paraît certaine, mais ils constituent l'infime minorité par rapport aux tuberculoses pulmonaires révélées par une poussée menstruelle.

V

MANIFESTATIONS CIRCULATOIRES

On a signalé relativement peu d'accidents cardiovasculaires au moment des règles ; aussi serons-nous brefs sur ce point.

Pour ce qui concerne le cœur lui-même, l'état menstruel ne détermine guère de modifications dans son fonctionnement, même chez des femmes porteuses de cardiopathies graves. Tout au plus, peut-on signaler quelques douleurs angineuses légères, se reproduisant tous les vingt-huit jours, mais ne comportant aucune gravité. Ce sont de fausses angines de poitrine dans le sens qu'on attribuait à ce terme autrefois.

*
* *

Au niveau du système vasculaire, les modifications ne sont guère plus importantes. Il existe fréquemment un gonflement veineux, se traduisant chez les femmes porteuses de varices ou d'hémorroïdes, par une poussée congestive.

Les règles rythment assez bien l'évolution de certains syndromes vasomoteurs : maladie de Raynaud, acromélgie, érythromélgie, acrocyanose, etc. Les accès surviennent avant les règles ou bien subissent une exacerbation à ce moment-là.

Ces phénomènes semblent nettement en rapport avec les fluctuations de l'excitabilité du système sympathique sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

VI

MANIFESTATIONS ENDOCRINIENNES ET METABOLIQUES

On connaît l'influence des sécrétions internes sur la vie génitale ; nous allons étudier dans ce chapitre les phénomènes endocriniens et les troubles nutritifs qui peuvent survenir en rapport avec les règles.

a) Manifestations endocriniennes

Le gonflement du corps thyroïde pendant les règles est un phénomène bien connu et qui n'a absolument rien de pathologique. Il est possible également que les règles puissent déterminer des poussées évolutives de la maladie de Basedow, bien que dans la plupart des cas, celles-ci soient supprimées ou tout au moins fortement diminuées.

On ne connaît pas de modification fonctionnelle d'autres glandes endocrines en rapport avec l'état menstruel. Il est possible que la médullo-surrénale

soit en hyperactivité étant donnée l'existence d'une hyperglycémie pendant les règles.

Nous n'insisterons pas sur les modifications ovariennes qui ont été vues plus haut et qui sont à la base même de la menstruation.

b) L'albuminurie menstruelle

Nous ne pouvons détailler ici les discussions anciennes sur la présence d'albumine dans les urines des femmes ayant leurs règles. On supposait que le molimen congestif qui caractérise l'état menstruel atteignait également les reins et que cette albuminurie légère était la conséquence de la congestion. La fréquence de cette albuminurie apparaît aujourd'hui beaucoup moins considérable et la découverte d'albumine dans les urines, même pendant la période menstruelle, doit faire rechercher l'existence de lésions rénales.

c) Troubles métaboliques

Tous les auteurs sont d'accord pour considérer l'influence des règles sur le diabète comme extrêmement néfaste. D'après Nannyn, Lécorché, Rosenstrauss, Harrop et Mosenthal, etc, les règles augmentent géné-

ralement la glycosurie, peuvent faire apparaître l'acidose et peuvent même conduire au coma.

Riebold a décrit une forme particulière du rhumatisme survenant à chaque période menstruelle. Cette arthrite menstruelle a une évolution aiguë, mais absolument bénigne. On ne sait pas exactement quels sont les rapports de ces rhumatismes avec le rhumatisme articulaire aigu. Il est possible qu'il s'agisse du réveil de cette maladie dans des cas de rhumatisme latent.

Les divers troubles nutritifs observés peuvent d'ailleurs alterner avec certaines manifestations cutanées dont la nature allergique est généralement admise. Nous verrons plus loin le rôle des chocs dans le déterminisme de ces manifestations.

VII

MANIFESTATIONS CUTANÉES

Les troubles tégumentaires survenant avec les règles et cessant à la fin de celles-ci pour revenir à chaque période menstruelle sont fort bien connus des dermatologistes. Il existe un travail d'ensemble fort bien documenté sur la question, dû à Opel. Nous allons étudier rapidement les plus importantes parmi les lésions cutanées menstruelles.

Lésions hémorragiques.—Chambers et Anderson ont signalé des érythèmes menstruels, se transformant rapidement en purpura et pouvant aller jusqu'au phénomène de la sueur sanguinolente. Il s'agit généralement dans ces cas de phénomènes hémorragiques vicariants. Stiller a décrit, coïncidant avec les règles, un purpura assez grave avec de larges placards ecchymotiques.

Herpès.—Contrairement aux lésions hémorragiques qui sont fort rares, l'herpès est une des manifestations menstruelles les plus fréquentes. La répétition mens-

truelle est la forme la plus fréquente de l'évolution de l'herpès, non seulement de l'herpès génital, mais de n'importe quelle autre localisation. Ainsi, Bergh a trouvé que sur 877 cas d'herpès génital, 644, soit 73 %, 4 étaient rythmés par les règles. Le rapport avec les règles est d'autant plus évident, que l'herpès vulvaire est à peu près inconnu chez les filles impubères. D'ailleurs, toutes les autres localisations de l'herpès peuvent être menstruelles : herpès du dos de la main (Janowski et Swing), herpès cornéen (Landesberg), et surtout l'herpès péri-buccal (Levin).

Urticaire. — Depuis le premier travail de Hebra, de nombreux cas d'urticaire menstruel ont été signalés. Dans certains cas, ils ont cessé de se produire à la suite de la correction d'une déviation utérine (Opel).

Acné. — Cette lésion survient également avec une très grande fréquence pendant les jours qui précèdent immédiatement les règles. Sa localisation est souvent la même à chaque période menstruelle. Parfois, il y a juste un élément à un point déterminé : aile du nez, lobule de l'oreille, lèvres, etc.

Eczéma et lésions staphylococciques. — On a surtout décrit l'aggravation menstruelle des eczémas, des furonculoses, etc. On ignore les rapports de l'état menstruel avec l'allergie ou l'affaiblissement de la résis-

tance de l'organisme qui sont peut-être à la base de ces faits.

Erysipèle. — Le même problème se pose concernant l'érysipèle cataménial dont l'existence est classique. Opel a émis l'hypothèse d'un accroissement de la virulence des germes pendant l'état menstruel.

Erythème polymorphe et noueux. — Ces cas sont plus rares mais existent certainement. Il s'agit de femmes qui ont présenté un érythème typique et chez lesquelles, à chaque période menstruelle, on constate la réapparition de quelques éléments.

Pigmentations cutanées. — Les pigmentations menstruelles les plus fréquemment observées se localisent aux paupières et au pourtour des yeux. Ces endroits peuvent prendre une coloration bleu noirâtre (Leroy de Méricourt). D'autres colorations peuvent se voir, taches jaunâtres du dos de la main ou du pied (Barié).

Oedèmes angioneurotiques. — Etant donnée la relative rareté de ce syndrome, on ne peut affirmer qu'il soit souvent en rapport avec les règles. Osler a pu en réunir six cas.

*
* *

Tels sont les principaux troubles cutanés ; nous verrons par la suite les problèmes qui se posent à propos de ceux-ci, plus encore que pour les autres.

VIII

MANIFESTATIONS NERVEUSES ET MENTALES

Le rôle du système nerveux est tout à fait au second plan du mécanisme de la menstruation. Autrefois, on considérait celle-ci comme un phénomène réflexe. L'expérience de Knauer, en 1899, a définitivement démontré que les diverses influences s'exerçant sur la menstruation se font par la voie sanguine, et de ce fait, le rôle du système nerveux s'est trouvé exclu.

Il n'en est pas moins certain que le système nerveux peut être le siège de manifestations menstruelles, probablement de nature réflexe pour lesquelles les phénomènes utérins constituent le point de départ. Les troubles nerveux, depuis diverses algies jusqu'à des manifestations convulsives ou paralytiques sont connus de tous les auteurs classiques. Ils sont considérés tantôt comme de nature hystérique, tantôt comme liés à une congestion des centres nerveux.

Nous allons étudier ici les principales manifestations : paralysies fonctionnelles, convulsions, troubles neuro-végétatifs et syndromes mentaux.

* *
* *

L'origine génitale des phénomènes hystériques a été soutenue depuis Hippocrate. Pendant le siècle dernier, au moment où la doctrine de l'hystérie élaborée par Charcot triomphait, on décrivait de nombreux faits sous le nom de « névrose menstruelle », consistant en troubles paralytiques des membres inférieurs, en crises nerveuses hypertoniques, etc. D'après Berthier, tous ces faits seraient liés à l'existence d'une poussée congestive de la moelle.

Actuellement, la notion des névroses menstruelles a subi une éclipse. On est néanmoins d'accord sur l'influence aggravante des règles sur tous les syndromes fonctionnels nerveux.

Il est certain également que les crises d'épilepsie surviennent avec une grande prédilection pendant les jours qui précèdent immédiatement les règles. Dans 23 cas étudiés par Gordon, les crises d'épilepsie étaient strictement liées aux règles. Dans l'intervalle de celles-ci, les sujets se portaient parfaitement bien. Dans nombre de cas, les crises ont apparu lors des premières règles, se sont reproduites à l'occasion de chacune d'elles et n'ont cessé qu'à la ménopause. Dans d'autres cas encore, les règles absentes peuvent être remplacées par des crises d'épilepsie (Diamant). Cependant, à

l'occasion d'une grossesse, les crises cessent pour revenir au retour des règles, après l'accouchement.

On a tenté l'explication des troubles nerveux de la menstruation par des moyens d'investigation du système nerveux végétatif. Les recherches de Franke, Platz, etc, n'ont abouti à aucun résultat net. Il semble simplement que les tendances vagotoniques ou sympathicotoniques des sujets s'exagèrent sous l'influence des règles.

On a étudié également la puissance musculaire et l'intensité du réflexe rotulien en rapport avec les règles. La puissance musculaire, d'après les recherches de Viville, ne semble subir aucune modification. Quant au réflexe rotulien, les travaux de King ont pu mettre en évidence une hyperexcitabilité avant les règles, suivie d'une dépression qui persiste pendant cinq à six jours.

* * *

L'existence des modifications psychiques en rapport avec les règles semble évidente à tout observateur. Wollenberg a constaté des troubles du sommeil, une instabilité affective et une tension nerveuse marquées. La période prémenstruelle semble prédisposer à la dépression. Dans 36 % des cas de suicides de femmes, celui-ci a eu lieu dans les jours qui précèdent les règles.

La plupart des psychiatres sont d'accord pour considérer les règles comme constituant une période critique dans l'évolution des maladies mentales. Krafft-Ebing a même décrit des psychoses menstruelles se reproduisant à chaque période et régressant après. Le début de la démence précoce, de la psychose périodique, etc, se fait avec une grande fréquence au moment des règles.

IX

LES TOXEMIES MENSTRUELLES

La signification de l'écoulement menstruel a été pendant longtemps et est encore aujourd'hui l'objet de discussions importantes. Les deux théories extrêmes sont les suivantes : pour les uns, en particulier pour Raciborski, la menstruation est un accident sans aucune signification biologique, alors que pour les autres (Aran et actuellement Vignes), les règles correspondent à une fonction.

La théorie de Raciborski, n'est plus soutenable aujourd'hui car il croyait que la menstruation était l'un des aspects de l'ovulation. Les deux phénomènes étant simultanés, la menstruation est une des expressions de la poussée congestive qui accompagne l'ovulation. Or, nous avons vu que l'ovulation et les règles se plaçaient à deux périodes distinctes du cycle génital de la femme. Cependant, la notion du caractère accidentel des règles peut se formuler aujourd'hui d'une façon distincte. On sait que ce phénomène ne s'observe que chez la femme. Or, on peut alors sup-

poser que la menstruation est la conséquence du fait que la femme n'est pas fécondée à chaque période menstruelle. A l'état naturel, la femelle se trouve fécondée avant même que les règles aient eu le temps d'apparaître et, par la suite, aussitôt la première gestation finie, l'autre fécondation survient et ainsi de suite. Les règles seraient donc l'apanage de l'espèce humaine pour la simple raison que dans cette espèce, les gestations ne se suivent pas d'une façon ininterrompue.

De cette manière, les règles peuvent être considérées comme de simples accidents, dépourvus de toute signification biologique. A la suite des travaux récents sur le déterminisme humoral des fonctions génitales, cette dernière opinion tend à prévaloir. C'est, en effet, l'ovaire qui prend la première place dans les fonctions génitales et l'utérus devient en quelque sorte le siège d'épiphénomènes.

Cependant, tout dernièrement, l'opinion d'Aran et de Vignes a reçu l'appui de quelques travaux expérimentaux. Selon ces auteurs, le rôle essentiel de la menstruation serait une sorte de désintoxication périodique de l'organisme. La voie principale de la désintoxication est l'écoulement menstruel, mais elle pourrait se faire également par le lait, l'urine, etc. Autrement dit, les bouleversements humoraux qui caractérisent les règles sont considérés d'un point de vue finaliste.

Il est certain que les modifications générales si importantes dont l'organisme est le siège pendant les règles, reconnaissent un mécanisme surtout humoral. Peut-on supposer alors que l'agent de ce mécanisme humoral est l'hormone ovarienne elle-même, ou bien doit-on invoquer une véritable toxine menstruelle circulante, responsable des manifestations étudiées ci-dessus ? Les travaux de Mommsen semblent prouver l'existence de ces toxines. Celles-ci s'élimineraient normalement par le sang menstruel, mais même en l'absence d'écoulement, elles trouveraient leur voie par diverses hémorragies, par la lactation, etc. L'absence de leur élimination serait alors responsable des manifestations pathologiques. Cette théorie n'est pas encore suffisamment solide pour qu'on base sur elle une explication des phénomènes extra-génitaux menstruels, mais l'hypothèse vaut d'être mentionnée.

X

CONSIDERATIONS PRATIQUES

Comment le médecin doit-il accueillir les diverses manifestations pathologiques de la menstruation ? Il s'agit là d'une question de pratique quotidienne à laquelle la réponse est loin d'être toujours aisée.

Une première question est celle de la valeur révélatrice de ces troubles. On ne peut y répondre globalement car il y a surtout des cas d'espèces. D'une façon générale, doit-on accueillir les accidents menstruels comme des faits inévitables liés uniquement à la survenue des règles, ou bien, comme les symptômes périodiques d'une maladie latente ? Nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser de l'hémoptysie menstruelle. Ce diagnostic ne doit pratiquement jamais être porté parce qu'une telle femme est toujours suspecte de tuberculose pulmonaire, malgré plusieurs examens négatifs.

Il en est de même dans de nombreux autres cas. Des crises d'épilepsie même strictement menstruelles n'en doivent pas moins faire considérer une femme comme

une comitiale. En somme, les manifestations menstruelles jouent, dans l'immense majorité des cas, un rôle révélateur de tendances morbides latentes.

On peut se demander néanmoins en quelle mesure ces manifestations pathologiques dépendent de la survenue des périodes menstruelles ; autrement dit, si en supprimant les règles on arriverait à supprimer les accidents. Il semble bien que non, sauf lorsque cette suppression est la conséquence d'une grossesse. Et encore, il faut sérier les cas. On sait que chez une femme ayant des hémoptysies menstruelles, la grossesse peut apporter une aggravation importante. Par contre, les crises d'épilepsie, les accidents cutanés, etc, cessent pendant la gestation.

Inversement, dans les manifestations vicariantes, on a tenté, en provoquant les règles, de les faire cesser. Ces tentatives aboutissent généralement à l'échec.

Dans quelques cas, les manifestations menstruelles anormales ont pu être supprimées par le traitement de certaines lésions ou troubles génitaux. Cette épine génitale est toujours à rechercher.

En définitive, cependant c'est en s'attaquant à la manifestation elle-même par une médication symptomatique ou étiologique, qu'on a le plus de chances de succès. Une femme, ayant des troubles menstruels extra-génitaux, est une malade. Sa maladie se révèle à l'occasion de ce déséquilibre organique qu'est l'état

menstruel. Les règles ne jouant donc qu'un rôle occasionnel, ce n'est pas en les supprimant qu'on peut guérir la maladie. Telle est la conclusion générale qui se dégage de notre travail, mais elle ne doit pas empêcher de chercher une solution particulière à chaque cas.

CONCLUSIONS

1° La menstruation semble se produire par un mécanisme purement humoral. Elle constitue l'avortement folliculinique de la muqueuse utérine préparée par le corps jaune à la nidation de l'œuf. Lorsque celui-ci n'est pas fécondé, la muqueuse utérine desquame et s'accompagne d'hémorragies.

2° Son mécanisme humoral explique que la menstruation n'est pas un phénomène purement local et qu'elle s'accompagne de nombreuses modifications humorales et tissulaires générales.

3° On a étudié les manifestations générales de la menstruation au niveau des différents appareils :

a) le tube digestif peut être le siège d'hémorragies, de diarrhée, de vomissements, etc. ;

b) ses glandes annexes sont parfois atteintes, en particulier le foie, donnant lieu à un ictère menstruel ;

c) en ce qui concerne l'appareil respiratoire, on a insisté particulièrement sur les hémoptysies menstruelles ;

d) les accidents circulatoires sont rares ;

e) les sécrétions internes et les régulations chimiques sont souvent atteintes (gonflement thyroïdien, hyperglycémie, etc.);

f) les troubles cutanés sont extrêmement fréquents, en particulier l'herpès, l'acné, l'érysipèle, les pigmentations cutanées, etc ;

g) le système nerveux peut être le siège de manifestations fonctionnelles comme : crises convulsives, modifications du psychisme et algies.

4° A propos du mécanisme de ces troubles on a discuté la notion de la toxémie menstruelle, hypothèse encore peu solide mais répondant à certains postulats du problème.

5° Au point de vue pratique, ces diverses manifestations semblent relever avant tout d'une tendance pathologique plus ou moins latente, et l'état menstruel n'y joue le rôle que d'une cause occasionnelle.

Vu :
Le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Professeur, Président de thèse,
PROUST

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Aran.** — *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, Paris, 1838.
- Aron (M.).** — *Histologie et physiologie de l'ovaire*. Rapport au 3^e Congrès fr. Gynéc., 1934.
- Barth.** — *Ztschr. f. Ohrenhk.*, 1923, t. IV.
- Binet (A.).** — *Tribune Méd.*, 1909, 5. XLI, p. 133.
- Bezangon.** — *Bull. Méd.*, 22 octobre 1913.
- Blumenthal.** — *Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn.*, 1908, LI, p. 614.
- Brière de Boismont.** — *De la menstruation*, Paris, 1842.
- Carnot et Deflandre.** — *Zentralbl. f. Gyn.*, 1910, t. XXXIV, p. 335.
- Caussimon.** — *Press. Méd.*, 30 novembre 1929.
- Chvostek.** — *Wien. kl. Woch.*, 1909, t. XXII, p. 293.
- Courrier.** — *Les hormones sexuelles femelles*. Réunion plénière, Soc. Biol., 1931.
- Cristea et Denk.** — *Wien. klin. Woch.*, 1910, XXIII, p. 234.
- Dirks.** — *Arch. of Gyn.*, 1912, XCVII, p. 583.
- Ford.** — *Amer. J. of Obs.*, 1889, t. XXII, p. 154.
- Gordon.** — *New York Med. Journ.*, 1909, p. XC, p. 733.
- Grattery.** — *Des troubles d'origine menstruelle*, thèse, Paris, 1888.
- Harrop et Mosenthal.** — *Bull. Johns Hopkins, Hosp.*, 1918, t. XXIX, p. 161.
- Hayem.** — *Traité d'hématologie*, Paris, 1904.
- Herman.** — *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1915, t. XLI, p. 1.

- Herrmann et Cronfeld.** — *Wien. Arch. f. klin. Méd.*, t. XII.
- Kahler.** — *Wien. klin. Woch.*, 1914, t. XXVII, p. 417.
- Macht.** — *Amer. J. of Obstetrics*, 1910, LXI, p. 646.
- Masakatsu.** — *Zentralbl. f. Gyn.*, 5 août 1933.
- Mommsen.** — *Munch. Med. Woch.*, 21 sept. 1934.
- Novak.** — *Menstruation and its disorders*, 1921.
- Opel.** — *Über Menstrualexantheme*, Leipzig, 1908.
- Plönies.** — *Arch. f. Verdauungskr.*, 1908, XIV, p. 670.
- Riebold.** — *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1908, p. XCIII, p. 15.
- Schroeder.** — *Article du Traité de Veit-Stocckel*, München, 1928.
- Senator.** — *Berl. klin. Woch.*, 1872, IX, 615.
- Trousseau.** — *Clinique médicale*.
- Vignes.** — *Physiologie gynécologique*, Paris, 1922.
- Viville.** — *Arch. f. Gyn.*, 1912, XCVII, p. 511.

